



FACULTAD DE DERECHO

**LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA  
EN LA GESTIÓN DE LOS CENTROS Y  
SERVICIOS SANITARIOS EN EL CASO  
ESPAÑOL**

Autor: María González González

5º E5

Tutor: José Ignacio Vega Labella

Madrid

Abril 2017

## **Resumen**

La situación político económica en la que actualmente nos encontramos ha supuesto la proliferación de grandes proyectos de colaboración entre el sector público y el sector privado. La conocida fórmula de PPP, participación público privada o *Public Private Partnership* se presenta como un cambio de paradigma a consecuencia de la implantación del modelo de gestión pública de gobernanza. Este modelo de gestión pública, caracterizado por la gestión en red y la participación de todo tipo de actores, ha abierto la puerta a novedosas fórmulas de gestión con el fin de fomentar la prestación de servicios públicos eficaces y eficientes, mediante la participación del sector privado en la gestión pública. Pretendemos con este trabajo profundizar tanto en el funcionamiento como en las diferentes implicaciones que subyacen a estas fórmulas de participación, con el objetivo de desmitificar todo aquello que engloba a la participación del sector privado en la gestión de lo público, y finalmente poder concluir si nos encontramos ante una técnica eficiente en lo que al sector sanitario se refiere.

**Palabras clave:** gestión, servicios sanitarios, concesión, eficacia, gobernanza, colaboración público privada.

## **Abstract**

The current economic and political situation has led to the proliferation of a large number of projects based on the collaboration between the public and the private sector. The Public Private Partnership (PPP) is a result of the known as “governance” model implementation. This model, which is characterized by network management and the participation of all types of actors, has opened the door to new management formulas in order to promote the effective and efficient public services, through the participation of the private sector in public management. This document intends to seem the the functioning and the different implications of these formulas of partnership, with the aim to avoid the myths involved in the public private partnership in the management of the public, and finally, be able to conclude if this model is an efficient technique in the health sector.

**Key word:** Management, health services, concession, effectiveness, governance, public private partnership.

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>2. EL MODELO DE GOBERNANZA .....</b>	<b>6</b>
<b>3. LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....</b>	<b>8</b>
<b>4. EL FENÓMENO DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA EN LA GESTIÓN SANITARIA.....</b>	<b>12</b>
<b>5. MODELOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA EN LA LEY DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1. Introducción a las fórmulas de colaboración público privada para la construcción y explotación de infraestructuras del Sistema Nacional de Salud .....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 La Colaboración Público Privada Contractual: el Modelo “Alzira” y el Modelo “Madrid” .....</b>	<b>20</b>
5.2.1. La concesión de servicios públicos y el conocido “ModeloAlzira” .....	20
5.2.2 La colaboración público privada como concesión de obra pública .....	26
5.2.3 El contrato de colaboración público privada en la Ley de Contratos del Sector Público .....	32
<b>5.3 La CPP Institucional: La creación por las Administraciones de entes instrumentales para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias.....</b>	<b>37</b>
<b>6. EL CONTROL DE LOS CONTRATOS EN LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA DE LA GESTIÓN SANITARIA.....</b>	<b>40</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>47</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo tiene por objeto mostrar la presencia en los últimos años del uso de técnicas de colaboración entre el sector público y el sector privado como modalidades de gestión dentro del ámbito sanitario con el fin de vislumbrar si las mismas han resultado eficientes en cuanto a la gestión. El uso de estas técnicas, como veremos en el primer apartado de este trabajo es consecuencia, entre otras, del denominado “Modelo de Gobernanza” que ha supuesto una nueva forma de gobernar creando una red de participación de la que forman parte tanto sujetos públicos como privados.

Junto con esta nueva forma de gobernar que incide de manera directa sobre la adopción de políticas públicas, es un hecho que la crisis económica ha marcado el camino a seguir en la política presupuestaria durante los últimos años. Las exigencias de deuda y déficit público originadas en el seno de la Unión Europea, así como el descenso de los ingresos y el consecuente recorte presupuestario, han hecho necesario el uso de estas técnicas de colaboración entre el sector público y el sector privado. El objetivo a seguir es el de continuar con la creación de nuevas infraestructuras sanitarias, y mantener el nivel prestacional y el modelo sanitario que hace situarse a España como uno de los países de nuestro entorno a la cabeza en materia sanitaria.

Al orientar este trabajo a un ámbito específico como es el sanitario se hacía necesario dedicar un apartado a la consolidación del sistema nacional de salud, aunque sea de forma breve y muy sintetizada. En este apartado se muestra la evolución de nuestro sistema sanitario, del reparto competencial en esta materia y de la problemática surgida en torno a estas técnicas de externalización del servicio, cuestión que ha sido resuelta por el Tribunal Constitucional.

No podemos realizar este trabajo sin incluir en el mismo el marco jurídico en el cual tienen encaje estas técnicas de colaboración, haciendo por tanto referencia al Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, en el cual se encuentran las diferentes modalidades que se incluyen en este trabajo, tanto contractuales como institucionales.

Nos centraremos con más profundidad en la colaboración público privada contractual, es decir, en la concesión de obra pública, de servicios públicos, así como en la nueva figura referente al contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado. Aun así, no podemos dejar de lado la colaboración público privada institucional, reconocida también por el Libro Verde sobre la colaboración público privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones, presentado por la Comisión, y el cual citaremos más adelante en este trabajo.

Una vez delimitado el marco normativo de estas figuras, debemos destacar el hecho de que la aportación personal a un trabajo de investigación como el presente es algo fundamental, con el añadido de que el mismo debe estar orientado en cierto sentido a la ciencia política. En este aspecto, consideramos que lo más interesante era dedicar parte del texto a la eficacia y el control de estas concesiones sanitarias llevadas a cabo en nuestro país, lo cual nos ha llevado a establecer una serie de conclusiones que serán expresadas en el apartado referente a las mismas.

Para poder extraer una conclusión después de la realización del trabajo y de la variedad de fuentes consultadas, debíamos tener clara la pregunta que nos planteábamos en un principio. Es un hecho cierto que las técnicas de colaboración público privadas son una realidad latente en nuestros días a la hora de llevar a cabo la construcción o gestión de diferentes infraestructuras sanitarias, pero, ¿existe realmente un control sobre estas concesiones?, y, si realmente existe un control, ¿son estos modelos de gestión finalmente eficientes para la Administración Pública?

La limitación de extensión de este trabajo dificulta el hecho de poder realizar un análisis profundo acerca de la cuestión, pero si nos permite dar unas pinceladas de las cuales podemos observar que aún queda mucho por hacer en cuanto a la colaboración público privada, no exclusivamente desde un punto de vista jurídico, sino también político. Los ciudadanos suelen ser contrarios a la adopción de estas formas de gestión, en buena parte por la falta de información acerca de las mismas, lo cual hace mal llamar “privatización” a lo que no es más que una externalización de la gestión sanitaria ya que, si algo caracteriza a estas técnicas de colaboración es que la titularidad del servicio nunca deja de pertenecer a la Administración Pública.

Para llevar a cabo la elaboración del presente trabajo ha sido necesario acudir a un amplio abanico de fuentes que finalmente construirán nuestra bibliografía. Dejando a un lado el aspecto jurídico del trabajo y la consulta obligatoria de todos aquellos textos legislativos que acuñan y dan forma a esta participación público privada, han sido varias las fuentes a tener en cuenta. Desde artículos de diferentes autores, hasta publicaciones que, de una manera u otra han intentado profundizar en un tema como el que aquí nos ocupa. No podemos obviar que, al ser este un tema de cierta actualidad, han sido varios los implicados que han decidido plasmar su opinión en diferentes artículos periodísticos que, en varios aspectos, han supuesto una aportación al presente trabajo.

La dificultad a la hora de realizar un trabajo como el que nos ocupa se encuentra en el análisis de la gran variedad de fuentes que se presentan, lo cual hace necesaria una lectura profunda de las mismas que nos permita adoptar una idea que será posteriormente estudiada y desarrollada. De esta manera se ha llevado a cabo la redacción del presente texto que, una vez estructurado y delimitado ha derivado en las conclusiones que serán expuestas al final del mismo.

## **2. EL MODELO DE GOBERNANZA**

La crisis tanto económica como institucional que ha sido protagonista durante estos últimos años ha supuesto un cambio en el paradigma de las políticas públicas. El constante crecimiento del déficit y la deuda pública y sus limitaciones impuestas desde el seno de la Unión Europea ha supuesto la proliferación del uso de las técnicas conocidas como formas de colaboración público-privadas o public-private partnership.

Nos encontramos ante un nuevo escenario en cuanto a la forma de llevar a cabo políticas públicas, con la presencia de nuevos actores como consecuencia de lo que hoy conocemos como el modelo de gobernanza.

En palabras del profesor Vega Labella, Abogado del Estado en excedencia

*El término gobernanza se utiliza ahora con frecuencia para indicar una nueva manera de gobernar que es diferente del modelo de control jerárquico, un modo más cooperativo en el que los actores estatales y los no estatales participan en redes mixtas público- privadas<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Vega Labella, J.I., “Una nueva gestión para el sector público sanitario”, *Cinco Días*, 13 de enero de 2017.

La culminación de la Segunda Guerra Mundial supuso un cambio en la agenda política de los estados europeos, donde se comenzaron a implantar medidas de freno a las desigualdades nacidas a raíz del conflicto bélico. Este nuevo panorama político al que debían hacer frente los distintos territorios de la Europa de la época desembocó en una nueva forma de articular las necesidades de los ciudadanos, lo que hoy conocemos como el Estado de Bienestar.

Actualmente, en este nuevo escenario, las políticas-públicas deben dar respuesta a nuevos retos, como la participación de nuevos actores, y la adopción de nuevos procesos de toma de decisión con el fin de cumplir con las exigencias de un sector público que aspira a ser cada día más eficiente en el sostenimiento del Estado del Bienestar.

Joan Subirats, catedrático en Ciencia Política, especialista en temas de gobernanza, gestión pública y en el análisis de políticas públicas, defiende que “necesitamos políticas más compartidas y estratégicas, no para salir coyunturalmente de la crisis, sino para mejorar nuestra capacidad de adaptación a una nueva época”<sup>2</sup>, concluyendo que “las políticas públicas no pueden responder como antes a la nueva realidad”<sup>3</sup> y mostrando como respuesta a esta nueva coyuntura el modelo de gobernanza.

La relación de este modelo de gobernanza con las diferentes formas de colaboración público privada deviene en la incorporación del sector privado en la gestión de las políticas públicas como actores colaboradores, y es que, como bien representa Subirats, “los recursos para el desarrollo eficaz de las políticas están distribuidos entre una multiplicidad de sujetos”<sup>4</sup>.

El actual panorama político español ha propiciado la creación de nuevos partidos políticos que pretenden acabar con el bipartidismo, apostando por un discurso y un programa de líneas populistas. En este contexto surgen una serie de formaciones políticas que abogan por la “remunicipalización” de los servicios, en el sentido de devolver a la Administración

---

<sup>2</sup> Subirats J., “Si la respuesta es gobernanza, ¿cuál es la pregunta? Factores de cambio en la política y en las políticas”, *Ekonomiaz*, n. 74, 2010.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Idem.

pública la gestión de aquellos servicios públicos que se hayan externalizado a través de los diferentes mecanismos de colaboración público privada. Esto supone un paso atrás en el modelo de gobernanza, para retrotraernos a técnicas gerencialistas del siglo pasado, que lejos quedan del modelo participativo actual.

Unido a la idea anterior, y como ya introducíamos al principio de este apartado, el auge de las técnicas de colaboración público privada está íntimamente ligado a las restricciones presupuestarias que son consecuencia tanto del cumplimiento de déficit como de deuda pública impuestas desde las instituciones de la Unión Europea. En definitiva, todo apunta a que estas formas de gestión son consecuencia y se llevan a cabo siempre teniendo en cuenta las nuevas medidas de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. Lo cual nos hace plantearnos el hecho de que, si estas formaciones políticas únicamente tienen en cuenta ideales políticos a la hora de tomar decisiones políticas, dejando así a un lado indicadores tan relevantes como la eficiencia en la gestión o la sostenibilidad del sistema, no estarían alejándose del valor primordial a la hora de implantar políticas públicas que no es más que el interés general.

### **3. LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

A lo largo de todo el proceso de configuración del sistema nacional de salud hasta lo que conocemos hoy en día, han sido varias las modalidades adoptadas para llevar a cabo la prestación y el mantenimiento de las infraestructuras sanitarias. Desde la Beneficencia y la protección de la salud colectiva, pasando por el modelo de previsión social, y finalmente la última etapa, la Seguridad Social.

A principios del Siglo XIX el papel del Estado sobre la protección de la salud de la población era prácticamente inexistente. Las necesidades de salud pública se cubrían mediante organismos privados o mediante instituciones de beneficencia.

No será hasta el año 1812, con la promulgación de las Cortes de Cádiz y la Constitución de ese mismo año, cuando el Estado asuma un papel más proteccionista en cuanto a las necesidades sanitarias del conjunto de la población. Esta nueva concepción será



consecuencia de las grandes epidemias que habían asolado Europa durante el Siglo XIX, lo cual aumentó el interés de los poderes públicos por la protección de la salud.

Esta nueva visión quedó plasmada en la Constitución de Cádiz de 1812, cuyo artículo 321 estableció que “estarían a cargo de los Ayuntamientos el cuidado de los hospitales, hospicios, casas de expósitos, y demás establecimientos de beneficencia, así como la gestión de los escasos centros sanitarios para personas sin recursos”<sup>5</sup>.

Como adelantábamos al principio de este apartado, siguiendo al modelo de Beneficencia aparecían los sistemas de Previsión y de Seguridad Social en los primeros años del Siglo XX, y la creación durante la etapa franquista del Seguro Obligatorio de Enfermedad. La gestión del mismo y de los diferentes centros sanitarios que comenzaban a surgir para la atención sanitaria a sus beneficiarios se atribuyó al Instituto Nacional de Previsión.

La tercera etapa, marcada por el sistema de Seguridad Social, viene marcada por la promulgación de la Ley General de la Seguridad Social de 1966. Esta ley supuso un cambio en los pilares básicos en cuanto al régimen de protección de la salud. Son tres modificaciones que se basan en los siguientes puntos

*Libertad de elección de facultativo de medicina general, de pediatra puericultor y de tocólogo, en lo tocante a organización de los servicios sanitarios, se crean los cupos médicos en función de la población atendida y se normalizan los conciertos con instituciones privadas para atender a las necesidades de hospitalización y la asistencia sanitaria se presta en régimen ambulatorio, domiciliario, de urgencia y en régimen de internamiento en centros hospitalarios dependientes o concertados con el Instituto Nacional de Previsión.*<sup>6</sup>

La década de los años sesenta y los años setena fueron decisivas en cuanto a la transformación del sistema de salud. Uno de los grandes pasos de la época supuso la disminución por parte del Instituto Nacional de Previsión de las concesiones con terceros

---

<sup>5</sup> Larios Risco D./Lomas Hernández V., “Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias”, DS vol. 15, n. 2, Julio - Diciembre 2007, p.293.

<sup>6</sup> Idem, p.294.

para abogar por un modelo de gestión directa, creándose así un caldo de cultivo que culminará con la consolidación de la red hospitalaria nacional.

Debemos destacar los tres planes de desarrollo que se llevaron a cabo entre el año 1964 y 1975, que contemplaban “la construcción y puesta en funcionamiento de los grandes hospitales y ciudades sanitarias de la Seguridad Social a lo largo del territorio nacional con estructura jerarquizada, servicios especializados y dedicación plena”<sup>7</sup>.

No podemos hacer un repaso del sistema nacional de salud sin mencionar los Pactos de la Moncloa, aprobados el 27 de octubre de 1977. Estos acuerdos suponían por un lado la superación del régimen franquista, abogando por un cambio hacia el futuro lo cual supuso la introducción de determinadas pautas para la creación de lo que sería el sistema de protección de la salud tal y como lo conocemos en la actualidad.

Con el nacimiento de la Constitución Española en 1978, “se introducen dos importantes cambios en relación con la gestión de la asistencia sanitaria (...) la constitucionalización del derecho a la protección de la salud y el diseño de un nuevo modelo de distribución territorial del poder”<sup>8</sup>.

Una vez promulgada la Constitución, el siguiente paso suponía abordar el reparto y asunción de competencias en materia de sanidad por las diferentes comunidades autónomas. En relación con este reparto competencial se pronuncia la exposición de motivos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en lo contenido en el párrafo siguiente.

*La asunción de competencias por las comunidades autónomas constituía un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las comunidades autónomas desde 1986, año en que se aprueba la Ley General de Sanidad, ha sido un elemento dinámico y, en muchos aspectos, un referente para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico. Y es precisamente esta experiencia avanzada y valorada positivamente, por los ciudadanos e internacionalmente, la que posibilita*

---

<sup>7</sup> Larios Risco D./Lomas Hernández V., Op cit, nota 5, p. 295.

<sup>8</sup> Idem, p.296.

*no sólo poder realizar un buen diagnóstico sobre sus virtudes y carencias, sino también estar en condiciones de abordar sectorialmente el necesario perfeccionamiento de las relaciones, de manera que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autonómico*<sup>9</sup>.

El proceso transferencias relativo a las competencias en materia de sanidad, culminaría en el año 2002 con la desaparición del conocido INSALUD. Para aquellos territorios que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución Española, “no pudieron asumir competencias en materia de Asistencia Sanitaria, quedando gestionada por el entonces INSALUD como entidad gestora de la Seguridad Social”<sup>10</sup>.

En cambio, para aquellas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 151 de la Constitución Española, la conocida como vía rápida, “se creó un auténtico modelo de descentralización política”<sup>11</sup>. Podemos decir que existía una doble realidad, por un lado, aquellas comunidades que habían accedido a la Autonomía por la vía rápida del artículo 151, las conocidas como autonomías históricas (Cataluña, País Vasco, Galicia, Andalucía y Valencia), que asumieron rápidamente competencias en esta materia, y en el lado opuesto se encontraban aquellas Comunidades Autónomas que acceden a la autonomía por la vía del 143. Estas últimas, como ya hemos mencionado anteriormente, quedaron bajo custodia del entonces INSALUD, en lo que a funciones sanitarias se refiere.

*El proceso de transferencias, que comenzó en 1979, ha sido constante, aunque obviamente ha venido marcado por las reformas estatutarias que iban atribuyendo las competencias a las Comunidades Autónomas. Y ha seguido unas pautas muy similares, en las que, tras el traspaso genérico de competencias en la materia, se dictaba un Real Decreto en los que se concretan los servicios del Estado, medios que normalmente eran posteriormente ampliados*<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Exposición de motivos, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>10</sup> Maldonado Molina, J.A., “El modelo legal de sanidad pública” en Monereo Pérez, J.L., *Comentario práctico a la legislación reguladora de la sanidad en España*, Comares, Granada, 2007, p.103.

<sup>11</sup> Maldonado Molina, J.A., Op cit 10., p.104.

<sup>12</sup> Idem, p.105.

#### 4. EL FENÓMENO DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA EN LA GESTIÓN SANITARIA

Aunque algunas técnicas de colaboración entre el sector público y el sector privado puedan ser consideradas nuevas, la realidad es que esta modalidad de gestión está lejos de ser novedosa.

La letrada del Consejo de Estado, Rosa María Collado Martínez, a su vez profesora de financiación y gestión público privada de políticas públicas en la Universidad Pontificia Comillas, referencia que esta colaboración ha existido siempre.

Para mostrarnos dicha premisa, se remonta a la época de Carlos V, más concretamente al año 1528, cuando “el Almirante genovés Andrea Doria puso su flota a disposición de Carlos V, tras cancelar su contrato con el rey de Francia Francisco I durante el asedio de Nápoles”<sup>13</sup>. De la misma manera nos ilustra exponiendo que “en tiempos de Carlos V solo una parte de sus ejércitos se podía considerar permanente (...) el resto de las tropas se contrataban y organizaban para una campaña concreta y las compañías eran disueltas al finalizarlas”<sup>14</sup>.

La génesis de estas modalidades de Participación Público Privada, *Public-Private Partnerships* en inglés, se encuentra en el Reino Unido durante el gobierno de Margaret Thatcher.

*Las dificultades encontradas en los grandes monopolios públicos en los años 70 llevaron a los países industrializados a una ola de privatizaciones durante los 80 y 90, a la que se han secundado los países en vías de desarrollo. Además de eliminar una fuente de pérdidas importante de las balanzas públicas, se pretendía captar las ventajas de la actividad privada para estas actividades y así conseguir mayor eficacia y menores costes para las economías en general*<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Collado Martínez R.M., “El contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado”, *Revista Española de la Función Consultiva*, núm. 8, Julio - Diciembre 2007, p. 191.

<sup>14</sup> Idem, p.192.

<sup>15</sup> Allard G. y Trabant A., “La 3ª vía en la frontera entre público y privado”, *Cátedra económico financiera del centro PwC & IE del sector público*, p. 11. (disponible en <https://www.pwc.es/en/crecimiento-inteligente/assets/tercera-via.pdf>; última consulta 8/03/2017)

Aunque lejos de las figuras que podrán ser objeto de este trabajo, estas experiencias atisban una colaboración entre la Administración pública y diferentes sectores privados con el fin de llevar a cabo distintos proyectos en el ámbito del sector público.

Como novedad dentro de estas modalidades de colaboración nació la figura del contrato de colaboración público privada entre el sector público y el sector privado, incluida en la Ley de Contratos del Sector Público, y, si se permite la expresión, “la crónica de una muerte anunciada”.

Si la misma supuso una novedad contractual para dar respuesta a una colaboración a todos los efectos necesaria, su indefinición y las dificultades de su encaje jurídico han llevado a su desaparición, y así se recoge en el Proyecto de ley de contratos del Sector Público, por el que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, presentado en el Congreso de los Diputados en diciembre de 2016. Podemos decir que ha sido, de manera simultánea, un paso hacia delante y un paso hacia atrás, que poco o nada ha aportado a la colaboración entre el sector público y el sector privado.

La gran inversión presupuestaria que supone hoy en día hacer frente a la creación de nuevas infraestructuras, en este caso sanitarias, ha supuesto la proliferación del uso de estas formas indirectas de gestión.

*Estas formas de CPP, implican una cooperación a largo plazo, regulada por contrato, entre las autoridades públicas y el sector privado con el fin de llevar a cabo proyectos públicos en los que los recursos requeridos se gestionan en común y los riesgos vinculados al proyecto se distribuyen de forma conveniente sobre la base de la capacidad de gestión de riesgos de los socios del proyecto<sup>16</sup>.*

Como ya comentábamos anteriormente, la crisis económica y el deterioro de las arcas públicas han obligado a la reformulación de ciertas políticas públicas. La Ley Orgánica 2/2012 de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera se estructura como una medida con el objetivo de allanar el camino hacia la recuperación económica. Introduce

---

<sup>16</sup> Resolución legislativa del Parlamento Europeo sobre la colaboración público-privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones, 2006/2043 INI.

la eficacia como un principio fundamental a la hora de llevar a cabo la gestión de las políticas públicas, por el cual las mismas “deberán encuadrarse (...) atendiendo a la situación económica, a los objetivos de política económica y al cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera”<sup>17</sup>. De la misma manera, “la gestión de los recursos públicos estará orientada por la eficacia, la eficiencia, la economía y la calidad, a cuyo fin se aplicarán políticas de racionalización del gasto y de mejora de la gestión del sector público”<sup>18</sup>.

Debido al límite de endeudamiento con el que se han encontrado las Administraciones Públicas, estas formas de gestión suponen una oportunidad cubrir las necesidades del sector sanitario sin incurrir en un aumento del déficit público. De esta manera, serán las empresas privadas las que lleven a cabo las inversiones necesarias, a su cuenta y riesgo, llevando las mismas a cabo el desembolso de la inversión inicial a través de sus propios fondos y la emisión de deuda.

Dos son las cuestiones favorables que han hecho que estos modelos estén en auge en la actualidad. En primer lugar, la transferencia de riesgos a las entidades, y en segundo lugar que estas inversiones no contabilicen como capital gastado según los criterios de Maastricht para los préstamos del sector público en el Sistema de Contabilidad Europeo, en adelante EUROSTAT.

Aun así, debemos señalar que EUROSTAT, en su decisión de fecha 11 de febrero de 2004 detalló los requisitos para que aquellos proyectos de colaboración entre el sector público y el sector privado puedan considerarse fuera de las cuentas del Estado, en relación con el déficit y la deuda pública, los cuales incluyen

*que la entidad interpuesta para la financiación/gestión de la infraestructura pueda ser calificada como Unidad institucional; que dicha unidad institucional se pueda clasificar como orientada al mercado; y, el más importante, que sea la entidad privada el principal garante de los riesgos del proyecto de inversión, y no la propia Administración*<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

<sup>18</sup> Idem.

<sup>19</sup> Larios Risco D./Lomas Hernández V., Op cit., nota 5, p.302.

Aun así, la introducción de estas modalidades de gestión en el ámbito sanitario no ha sido una cuestión pacífica y ha creado sus propios detractores. Los sectores más socialdemócratas cuestionan la oportunidad que se ofrece al sector privado de formar parte de la gestión socio sanitaria en un sector reconocido como público, universal y gratuito. El rechazo a estas fórmulas de gestión se sustenta más en opiniones políticas que en un verdadero estudio de la eficacia en la gestión sanitaria. Fruto de estas consideraciones surgieron en nuestro país las diversas manifestaciones de la conocida como Marea Blanca, la cual se presenta como un grupo de protesta defensor de la sanidad pública.

La tantas veces debatida cuestión de externalización de los servicios sanitarios ha llegado hasta el propio Tribunal Constitucional, del cual destaca el pronunciamiento dictado en virtud de su Sentencia 84/2015 de 30 de abril de 2015. Esta sentencia es resultado del recurso de inconstitucionalidad presentado por más de cincuenta senadores del Partido Socialista Obrero Español en relación con una serie de artículos de la Ley 8/2012, de 28 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid, que abogaban por la utilización de recursos de gestión indirecta tanto en hospitales como en centros de atención primaria.

Uno de los principales motivos a los que se acude como fundamentación del recurso de inconstitucionalidad es la vulneración de la garantía constitucional consagrada en el artículo 41 de la Constitución Española mediante el uso de estas técnicas de gestión indirecta, y la infracción del derecho a la protección de la salud.

Por parte de la representación del grupo de senadores socialistas se defiende “que la función esencial del Estado en materia de seguridad social es mantener un régimen público para todos los ciudadanos que les asegure la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad<sup>20</sup>”.

Más adelante argumentan, en mi opinión de manera errónea que

---

<sup>20</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 30 de abril de 2005 84/2015, p.48823.

*el establecimiento de este tipo de concesiones administrativas comporta desigualdades injustas entre los ciudadanos de una misma Comunidad, vulnerando el principio de igualdad. Consideran que la vulneración del artículo 14, en cuanto a la garantía institucional, resulta evidente, porque el aseguramiento de una parte de la población deja de ser público al concederse capitativamente a un particular<sup>21</sup>.*

Del mismo modo consideran que

*las concesiones para la gestión de la atención especializada conllevan la prolongación del apartheid a la provisión y prestación de la asistencia sanitaria, vulnerando las características esenciales del Sistema Nacional de Salud, tanto la relativas al derecho a la salud como el carácter integral del Sistema<sup>22</sup>.*

Con buen criterio, el Tribunal Constitucional en su fallo ha querido aclarar que

*El carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en el de fórmulas de gestión o de responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquel. La experiencia comparada y de nuestro país así lo ponen de manifiesto. No es incompatible con la garantía institucional del sistema de Seguridad Social consagrada en el artículo 41<sup>23</sup>.*

Aun así, el Tribunal Constitucional ya se había pronunciado anteriormente sobre dicha cuestión, concretamente en su Sentencia 37/1994 donde recogía que “el carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquel”<sup>24</sup>.

Del mismo modo lo hizo en su Sentencia 103/1983 al defender que el hecho de que el Sistema de Seguridad Social sea un sistema público “no significa que el servicio deba ser directamente prestado por los poderes públicos”<sup>25</sup>.

---

<sup>21</sup> Op cit., nota, p. 48825.

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> Idem, p. 48844.

<sup>24</sup> Idem, p. 48829.

<sup>25</sup> Idem, p. 48829.



Las alegaciones formuladas por la letrada de la Comunidad de Madrid, quien interesa la desestimación del recurso se pronuncia en una dirección similar a la del Tribunal, justificando que

*el apartado segundo del artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, prevé que la prestación de los servicios sanitarios que tienen encomendados los servicios autonómicos de salud puede llevarse a cabo mediante gestión directa o a través de las distintas formas de gestión indirecta legalmente previstas<sup>26</sup>.*

Por todo ello, queda debidamente argumentada la posibilidad de optar por técnicas de gestión privadas en el ámbito sanitario, ya que, el carácter público del sistema de seguridad social no se ve amenazado por las mismas, en esencia, debido al hecho de que la titularidad del servicio nunca es trasladada a la empresa privada. Estas técnicas de gestión indirecta dentro del ámbito sanitario pueden implementarse a través de distintas alternativas posibles como la concesión de obra pública o la concesión de servicios públicas. Ambas modalidades serán estudiadas en los siguientes apartados.

## **5. MODELOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA EN LA LEY DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO**

### **5.1. Introducción a las fórmulas de colaboración público privada para la construcción y explotación de infraestructuras del Sistema Nacional de Salud**

El ámbito competencial surgido tras el reparto de transferencias entre el Estado y las diferentes Comunidades Autónomas ha concluido en diecisiete servicios de salud autonómicos, con plenas facultades de autogestión.

En este escenario donde las Comunidades Autónomas han adquirido las competencias plenas referentes al sistema de salud, las Consejerías han tenido que hacer frente a los recursos limitados y al endeudamiento público.

---

<sup>26</sup> Op cit., nota 20, p.48827.

Esta limitación de recursos ha hecho que los diferentes territorios autonómicos se vean abocados al uso de nuevas formas de gestión, donde la Administración en muchos casos ha pasado de tener un papel prestacional a ejercer un comportamiento como agente controlador.

El análisis de la cobertura del gasto sanitario en nuestro país a lo largo de los años, nos hace compartir la premisa que evidencia Villar Rojas al destacar que “cuanto más rica es una sociedad, más recursos dedica a la asistencia sanitaria”<sup>27</sup>.

Como hemos comentado anteriormente, las limitaciones de déficit y deuda pública han supuesto un obstáculo para las Administraciones Públicas a la hora de llevar a cabo la construcción de infraestructuras sanitarias. El gran envejecimiento de la población, junto con las grandes demandas de aquellos que reclaman nuevos centros sanitarios han desembocado en el uso de estas formas contractuales que han dado paso a la introducción del sector privado en el sector sanitario.

La clave se encuentra en el artículo 104 del Tratado de la Unión Europea que introduce la premisa de que “los Estados miembros evitarán déficit público excesivos”<sup>28</sup>. En relación con este mandato, el apartado 2 del mismo artículo fijó la proporción entre producto interior bruto y déficit público en el 3% y, además, la relación entre la deuda pública y el producto interior bruto en el 60%. Éstos son los parámetros de estabilidad presupuestaria para los Estados miembros.

*Como es conocido, a lo largo de la historia se repiten tres argumentos a favor de la construcción de obras por particulares, en especial mediante concesión de empresa: el rechazo a la iniciativa pública (el Estado es mal gestor), la necesidad de potenciar la iniciativa privada y la insuficiencia de recursos públicos*<sup>29</sup>.

Este clima económico ha sido el precursor del auge de las colaboraciones del sector público y el sector privado, como modelo de gestión indirecta, lejos de la mal llamada fórmula de “privatización”. Debemos recordar que, con el uso de estas técnicas de

---

<sup>27</sup> Villar Rojas F.J., “La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: las experiencias de Valencia y Madrid”, vol. 17, Congreso “Derecho y Salud”, Pamplona, 2008, p.8.

<sup>28</sup> Tratado de la Unión Europea de 7 de febrero de 1992 firmado en Maastricht.

<sup>29</sup> Villar Rojas, F.J., “La concesión administrativa de obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios”, Revista de Administración Pública, n. 172, Madrid, Enero/Abril 2007, p.157

colaboración, la titularidad no se traslada en ningún caso, sino que sigue siendo propiedad de la Administración. Uno de los objetivos de este trabajo es alejarnos de todos aquellos “mitos” implantados en la sociedad, y tratar de mostrar que la colaboración público privada ha sido un instrumento en auge durante los últimos años, que ha calado desde sectores como las infraestructuras de transportes o educativas, hasta sectores como el que nos interesa en este trabajo, el ámbito sanitario.

De esta manera debemos destacar que

*Las experiencias acumuladas por los Estados miembros en otros sectores de la actividad pública (ferrocarriles, red viaria, etc.) han llamado la atención de las Administraciones sanitarias, muy sensibles a la utilización de fórmulas de colaboración público-privadas, hacia el papel que puede jugar la iniciativa privada en el contexto de los sistemas sanitarios actuales<sup>30</sup>.*

Dentro de estas fórmulas de colaboración público privadas, nos encontramos con dos modalidades diferentes de colaboración, y así quedó recogido en el “Libro Verde sobre la colaboración público privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones”, aprobado por la propia Comisión Europea y que reconocía dos formas diferentes de colaboración, “las operaciones de CPP de tipo puramente contractual y las operaciones de CPP de tipo institucionalizado, que implican la cooperación entre los sectores público y privado en el seno de una entidad diferente”<sup>31</sup>.

Dentro de las operaciones de tipo contractual dos han sido los modelos claves en la experiencia sanitaria en nuestro país. En primer lugar, destacar el conocido como “Modelo Alzira”, precursor del uso de estas técnicas en nuestro país, y el denominado por algunos autores como “Modelo Madrid”.

---

<sup>30</sup> Larios Risco D./Lomas Hernández V., Op cit., nota 5, p.300

<sup>31</sup> Libro Verde sobre la colaboración público privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones presentado por la Comisión, Bruselas, 30 de abril de 2004. p.8 y 9.

## **5.2 La Colaboración Público Privada Contractual: el Modelo “Alzira” y el Modelo “Madrid”**

Aunque son varias las diferencias que expondremos más adelante acerca de las diversas formas de concesión que nos presenta nuestra actual Ley de Contratos del Sector Público, la finalidad de ambas se centra en dar cabida a la colaboración entre la Sector Público y los diferentes agentes privados con la finalidad de llevar a cabo la construcción y gestión de centros sanitarios en nuestro país. En este sentido, la concesión como modelo de gestión sanitaria nace en nuestro país con el conocido como “Modelo Alzira”. Esta experiencia, llevada a cabo en la Comunidad Valenciana supuso un impulso para el resto de los territorios autonómicos que han abogado por llevar a cabo modelos concesionales, como ha sido el caso de la Comunidad de Madrid.

### ***5.2.1. La concesión de servicios públicos y el conocido “Modelo Alzira”***

Como ya indicábamos con anterioridad, la concesión como modelo de gestión sanitaria sirve de instrumento para dar entrada al capital privado en la prestación de dichos servicios. Aunque la concesión de servicios o la concesión de obra pública puede resultar para todos algo reciente, lo cierto es que fue olvidada durante muchos años por la ley de contratos del sector público y su uso en el ámbito sanitario es bastante novedoso.

“Las Concesiones han sido un modelo muy utilizado en España, por ejemplo, para la construcción y explotación de autopistas, pero, sin embargo, no se había utilizado en España para gestionar los servicios públicos sanitarios”<sup>32</sup>.

La primera aparición de esta metodología contractual para la gestión del ámbito sanitario en nuestro país tuvo lugar en 1997, para la gestión del Área 10 del Servicio Valenciano de Salud dando lugar al conocido como “Modelo Alzira”.

---

<sup>32</sup> López Saludas, J.M., “Gestión privada de los servicios sanitarios públicos: los modelos Alzira y Madrid”, Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales, nº90, Septiembre – Diciembre, 2013, p.179.

El Modelo Alzira es considerado

*un modelo mixto de colaboración público-privada, que, ante todo, garantiza la universalidad de la atención, ya que como establece la Constitución Española, “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos”. Además, el artículo 43 otorga a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud<sup>33</sup>.*

Este modelo supuso una técnica pionera en el sector al introducir dos novedades fundamentales. En primer lugar, el uso de la concesión para llevar a cabo la construcción y posterior gestión integral de un centro sanitario, quedando así desplazado el modelo tradicional que suponía el contrato de obra. En segundo lugar, algo que llamó la atención fue el modelo retributivo elegido para el concesionario, que se basaba en técnicas capitativas, es decir, “la Generalitat Valenciana paga al concesionario una cantidad anual por cada uno de los habitantes del departamento de salud incluidos en el sistema de información poblacional para que sean atendidos”<sup>34</sup>.

Este modelo de concesión supuso un paradigma a la hora de promover la construcción y gestión de diferentes infraestructuras, en este caso sanitarias, donde el usuario sigue recibiendo un servicio gratuito como ocurriría en cualquier hospital gestionado de manera directa por la Administración. Lo más llamativo fue que la gestión indirecta no se limitaba a los servicios accesorios o complementarios del hospital, sino que lo que se externalizaba era propiamente la gestión sanitaria.

El término concesión de servicios públicos es utilizado en múltiples ocasiones para designar una amalgama de situaciones contractuales que lejos están de conformar tal modalidad contractual. Quizás esto es consecuencia de la complejidad que engloba esta figura, cuyos rasgos más significativos serían por un lado el objeto, por otro la retribución del concesionario o gestor del servicio público determinado y por último los largos períodos a los que están sujetos estos contratos.

---

<sup>33</sup> Op cit., nota 32, p.178.

<sup>34</sup> De Rosa Torner, A., “Las nuevas fórmulas de gestión en la sanidad pública: el modelo Alzira”, en AAVV, *Las nuevas formas de gestión sanitaria “Modelo Alzira”*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 2007, p.25.

El propio artículo 8 de la Ley de Contratos del Sector Público, reconoce que el fin del contrato de gestión de servicios públicos se basa en la “encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio”<sup>35</sup>.

Más adelante, en su artículo 277 contempla la posibilidad de que el contrato de gestión de servicios públicos adopte la modalidad de concesión, por la que “el empresario gestionará el servicio a su propio riesgo y ventura”<sup>36</sup>.

Podemos decir que se trata de una obligación de resultados por la cual el gestor privado se obliga, mediante un contrato, a la prestación de un servicio a los usuarios del mismo, siendo ese el resultado, y observando siempre unos estándares o condiciones que estarán fijadas por la Administración contratante titular del servicio. No es una cuestión baladí que nos encontramos ante un ámbito muy sensible de cara a la sociedad como es la sanidad, lo cual hace necesario dotar a estos contratos de ciertas garantías de calidad de cara a los usuarios del servicio, los ciudadanos.

Aun así, el ámbito objetivo de la concesión de servicios públicos tiene sus propios límites, ya que “en ningún caso podrán prestarse por gestión indirecta los servicios que impliquen ejercicio de la autoridad inherente a los poderes públicos”<sup>37</sup>.

Esta delimitación negativa en cuanto al objeto que afecta a esta figura contractual se centra en aquellas prestaciones “que impliquen ejercicio de la autoridad inherente a los poderes públicos”, a tenor de lo establecido en el artículo 275.1 de la Ley de Contratos del Sector Público. Es decir, que la concesión de servicios públicos debe centrarse en aquellos servicios públicos de contenido económico.

En relación con lo anterior, “no son objeto del contrato de gestión por un concesionario de un servicio público, las funciones propias de la “auctoritas” y del “imperium” que revisten al poder de la Administración Pública”<sup>38</sup>. Esta cláusula es consecuencia del hecho

---

<sup>35</sup> Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público

<sup>36</sup> ídem.

<sup>37</sup> Idem.

<sup>38</sup> Blanquer Criado D., “El concepto de concesión de servicio público”, en Blanquer Criado D., *Los Contratos del Sector Público*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013, p.943.

de que el sujeto que lleva a cabo la prestación del servicio no cambia su condición, en el sentido de que no pasa a considerarse Administración Pública. Únicamente es considerado como un tercero que contrata con la Administración, y, en este sentido, no podrán “ejercer las funciones públicas de autoridad que derivan del imperium del poder y que pueden llegar a implicar el ejercicio de la fuerza bruta o la violencia física”<sup>39</sup>.

Lejos de esta limitación objetiva se encuentra el supuesto de la gestión sanitaria, la cual puede ser susceptible de fórmulas de gestión privadas, y así lo ha defendido tanto la doctrina mayoritaria como el Tribunal Constitucional en su Sentencia nº 37/94, ya que, “el derecho que los ciudadanos puedan ostentar en materia de seguridad social es un derecho de estricta configuración legal, y que el carácter público del sistema no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privada”<sup>40</sup>.

En conclusión, podemos atisbar que el contrato de concesión de servicios públicos, supone la externalización por parte de la Administración de un determinado servicio público, en este caso la gestión sanitaria. Que es el particular que lleva a cabo la gestión de estos servicios el que asume los riesgos vinculados a la relación contractual establecida, recibiendo el mismo una compensación económica en concepto del servicio público prestado.

Según establece Ribera Salud, la empresa que gestiona bajo régimen concesional, los Departamentos de Salud integrados de Alzira, “la clave se encuentra en asumir que los centros públicos de gestión privada deben funcionar con los mismos criterios que el resto de hospitales públicos, porque la financiación, control y propiedad son públicos, y únicamente la prestación es privada”<sup>41</sup>.

Al margen del funcionamiento o el encaje jurídico de este modelo en nuestro derecho, no podemos obviar que una de las ideas que subyace a este trabajo es identificar si estas modalidades de gestión son realmente eficientes en la gestión. Han sido los años los que han justificado el éxito del “Modelo Alzira” como un modelo de gestión eficiente para la

---

<sup>39</sup> Blanquer Criado D., Op cit, nota 38, p.944.

<sup>40</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 10 de febrero de 1994 37/1994. Disponible en el Boletín Oficial del Estado de 17 de marzo de 1994, p. 21.

<sup>41</sup> Guía sobre el Modelo Concesional, Ribera Salud, (disponible en <http://riberasalud.com/wp-content/uploads/2015/11/Gu%C3%ADa-Modelo-Alzira-2015.pdf>; última consulta 3/04/2017).

Administración Pública, siendo éste reconocido y estudiado internacionalmente debido a sus indudables resultados.

La que fuese alcaldesa del municipio de Alzira, Elena Bastidas, publicaba un artículo de opinión en el Diario el Mundo titulado “Diagnóstico y tratamiento para el hospital de la Ribera”. En el mismo, la que fuese edil del municipio por el Partido Popular, lleva a cabo un análisis del modelo Alzira como consecuencia de las voces contrarias al mismo y de la decisión del gobierno de la Generalitat de no renovar la concesión sanitaria. En este sentido, se desprende la preocupación de la autora acerca de las decisiones políticas adoptadas por la formación al frente de la Conselleria de Sanidad, más preocupada de la opinión política que de la eficacia del propio modelo.

*A pesar de reconocer el 'número 3' de Sanidad -subsecretario de la consellera Carmen Montón- que el 'Modelo Alzira' es más «barato que un hospital de gestión pública» (...) reconocía la vicepresidenta que la reversión es una «decisión política» con independencia de los resultados que arrojen las auditorías<sup>42</sup>.*

Citando de nuevo las palabras de la ex edil, “se vuelve a la batalla política tomando como rehén la salud de la población de La Ribera”<sup>43</sup>.

También el consejero delegado de Ribera Salud, Alberto de Rosa Torner, defiende el éxito del Modelo Alzira en un artículo publicado en el mismo diario. Para el autor, el Modelo Alzira supone un éxito que ha sido reconocido internacionalmente, “un modelo en el que gracias a la colaboración entre el sector privado y la Administración Pública, el camino hacia la innovación y la excelencia es más hacedero (...) un modelo responsable, que intenta preservar y hacer sostenible el sistema público de salud”<sup>44</sup>.

La eficacia de este modelo ha sido reconocida el pasado diciembre por el informe *Focusing accountability on the outcomes that matter*, llevado a cabo por el Instituto Brookings (EEUU) y presentado en la cumbre mundial de Innovación WISH celebrado en Qatar. Para este informe, el Modelo Alzira "ha demostrado de forma convincente la viabilidad de organizaciones sanitarias público-privadas con mejores cuidados a más bajo

---

<sup>42</sup> Bastidas, E., “Diagnóstico y tratamiento para el hospital de la Ribera”, *El Mundo*, 22 de enero de 2017.

<sup>43</sup> Idem.

<sup>44</sup> De Rosa Torner, A., “Impulsando una sanidad de futuro”, *El Mundo*, 28 de marzo de 2017.



coste"<sup>45</sup>. El mismo reconoce que "en términos de resultados, calidad y costes, el modelo Alzira ha cosechado resultados ciertamente impresionantes (...) y que ha tenido éxito a la hora de alinear los intereses de todas las partes involucradas"<sup>46</sup>.

La eficacia del modelo no ha sido reconocida únicamente en el ámbito internacional, sino que en una auditoría llevada a cabo por la *Sindicatura de Comptes*, órgano encargado de fiscalizar las cuentas de la Comunidad Valenciana, y que citaremos más adelante. En el informe realizado por dicho organismo, se recoge tanto la eficacia como el alto grado de calidad y de satisfacción por parte de los usuarios de este modelo concesional. De forma ilustrativa lo podemos ver en el siguiente cuadro, en el cual se lleva a cabo una comparativa entre el Hospital de la Ribera, gestionado bajo el Modelo Alzira y el resto de hospitales de la Comunidad Valenciana que son gestionado de manera directa por la Administración Pública.

	Hospital La Ribera	Media Hospitales Comunitat Valenciana
<b>Gasto sanitario por habitante</b>	841 €	964 €
<b>Cumplimiento de acuerdos de gestión</b>	72,2%	58,6%
<b>Demora quirúrgica media</b>	46 días	67 días
<b>Demora media en CC.EE.</b>	18 días	45 días
<b>% pacientes atendidos en tiempo en Urgencias</b>	93,38%	81,08%
<b>% pacientes satisfechos</b>	82,1%	81,05%
<b>Inversión en tecnología por habitante</b>	59 €/hab.	36 €/hab.

47

En resumen, el gasto sanitario por habitante es menor en el Hospital de la Ribera que en aquellos gestionados de manera directa por la Comunidad Valenciana, la demora o espera de los ciudadanos a la hora de una intervención quirúrgica es de 46 días frente a los 67 días de media de los hospitales de la Comunidad, lo cual puede ser un factor desencadenante del grado de satisfacción de los usuarios del Hospital de la Ribera, que alcanza el 82,1 %.

<sup>45</sup> Op cit., nota 44.

<sup>46</sup> Idem.

<sup>47</sup> Fuente: Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de la Salud de Manises". Sindicatura de Comptes.

Por todo ello podemos decir que la eficacia de este modelo ha quedado reconocida a lo largo de los años, así como el ahorro por parte de la Administración en la asistencia sanitaria en esta comarca, por lo que, las reversiones de las concesiones incluidas en este modelo responden únicamente a cuestiones de índole política, dejando a un lado la eficacia y el ahorro que suponen esta gestión indirecta.

### ***5.2.2 La colaboración público privada como concesión de obra pública***

Otro de los modelos existentes para llevar a cabo la gestión de la prestación socio sanitaria es el contrato de concesión de obra pública. Como ejemplo paradigmático nos trasladamos a la Comunidad de Madrid, donde se llevó a cabo la concesión de una serie de hospitales de la Comunidad impulsando así el “Modelo Madrid” o “Modelo Majadahonda”.

“Los hospitales que se han construido bajo esta modalidad son Infanta Sofía/ San Sebastián de los Reyes, Henares/Coslada, Infanta Leonor/Vallecas, Sureste/ Arganda del Rey, Tajo/Aranjuez, Infanta Cristina/Parla, Puerta del Hierro/Majadahonda”<sup>48</sup>.

El Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, delimita el contrato de concesión de obra pública como aquel que

*tiene por objeto la realización por el concesionario de algunas de las prestaciones a que se refiere el artículo 6, incluidas las de restauración y reparación de construcciones existentes, así como la conservación y mantenimiento de los elementos construidos, y en el que la contraprestación a favor de aquel consiste, o bien únicamente en el derecho a explotar la obra, o bien en dicho derecho acompañado del de percibir un precio*<sup>49</sup>.

Para llevar a cabo una primera aproximación al concepto, Francisco José Villas Rojas considera necesario destacar tres aspectos básicos de este modelo de concesión,

---

<sup>48</sup> López Saludas, J.M., Op cit., nota 32, p.188.

<sup>49</sup> Op cit., nota 35.

*el primero, que la gestión de los servicios médico-sanitarios queda en manos de la Administración competente, no del concesionario; el segundo, que la financiación de la construcción del hospital admite la negociación con la retribución futura que pueda obtener el contratista; y el tercero, que, una vez en funcionamiento, quien le paga al concesionario es la Administración, no los usuarios-pacientes*<sup>50</sup>.

Una de las primeras notas introductorias sobre la que debemos incidir es el concepto de obra pública. Este término ha sido infinitamente debatido tanto por la doctrina como por la numerable jurisprudencia acerca del mismo. Aunque no podemos extendernos en cuanto a la noción del término, antes de continuar debemos realizar una aproximación del mismo, debido a la importancia del término desde el punto de vista jurídico y administrativo.

En cualquier caso, son dos las notas características que para todos los autores acompañan siempre a la naturaleza propia del término de obra pública, por un lado, la satisfacción de un interés general, y, por otro lado, el uso público y común por parte de todos los ciudadanos. Al margen de estas connotaciones, han sido varias las perspectivas desde las que se ha completado el contenido del término, desde puntos de vista jurídicos, hasta puntos de vista técnicos o económicos.

La propia Ley de Contratos del Sector Público ha querido dotar de contenido al término mediante su artículo 6, el cual señala que ha de entenderse por obra, “el resultado de un conjunto de trabajos de construcción o de ingeniería civil, destinado a cumplir por sí mismo una función económica o técnica, que tenga por objeto un bien inmueble”<sup>51</sup>.

Tal y como se desprende del concepto, la consideración de obra pública será el resultado de llevar a cabo una serie de trabajos de ingeniería civil. Es lógico hacer una relación entre ambos conceptos en el sentido de que uno es consecuencia directa del otro, siendo la mayoría de las obras públicas resultado de una serie de trabajos de ingeniería civil, entendida la misma como “aquella que aplica los conocimientos técnicos propios de la ingeniería a la construcción y explotación de infraestructuras y edificios, que se

---

<sup>50</sup> Villar Rojas, F.J., Op cit., nota 29, p. 147.

<sup>51</sup> Op cit., nota 35.

caracterizan por su gran envergadura, su complejidad técnica y constructiva y su afectación al uso público”<sup>52</sup>.

Tradicionalmente, se consideraban obras públicas exclusivamente aquellas que eran titularidad de la Administración del Estado y cuya construcción era ejecutada directamente por parte de los poderes públicos. Esta consideración, lejos de la realidad actual, ha evolucionado como consecuencia de la participación privada en el sector público, cuestión sobre la que se ha incidido profundamente a lo largo de este trabajo. Esta apertura del sector público a la iniciativa privada ha cambiado las reglas del juego, donde actualmente las entidades privadas tienen un papel en los contratos administrativos que va más allá de la mera ejecución de la obra, como sucede en el contrato que nos ocupa. No podemos obviar la gran relevancia que las infraestructuras en el sentido de obra pública ostentan tanto dentro del Producto Interior Bruto como de los Presupuestos Generales del Estado, ya que “la financiación de este tipo de actuaciones se destina aproximadamente el 40-45% de los Presupuestos Generales del Estado, y que la construcción de infraestructuras, entendidas en sentido amplio, supone aproximadamente un 5% del PIB nacional”<sup>53</sup>.

En definitiva, y a efectos de este trabajo, podemos concretar las nociones esenciales de la obra pública como el resultado de una serie de trabajos de ingeniería civil con la finalidad de servir a una necesidad de interés general, de uso público y titularidad pública.

Una vez realizadas las consideraciones anteriores, debemos abordar el tema que aquí nos ocupa, que es la modalidad contractual de concesión de obra pública. A modo introductorio de esta modalidad contractual, podemos concretar que tres son sus rasgos principales, en primer lugar, el objeto, seguido de la financiación y la larga duración de los mismos.

La ley 13/2003 de 23 de mayo reguladora del contrato de concesión de obras públicas, ya reconocía a la concesión como piedra angular de la colaboración entre el sector público y privado, y así quedo recogido en su exposición de motivos.

---

<sup>52</sup> Melón Pardo, C., “Concepto y régimen jurídico de la obra pública”, en Vega Labella J.I, *Régimen jurídico de la construcción y explotación de obras públicas*, DAPP Publicaciones Jurídicas, Pamplona, 2012, p. 19.

<sup>53</sup> *Idem*.

*En el repertorio de instrumentos que articulan la colaboración entre los poderes públicos y el sector privado, presenta una especial significación la institución de la concesión, utilizada en el siglo XIX como opción cardinal en los grandes empeños administrativos y recogida y adaptada, en función de los distintos objetivos a los que se ordenaba, en las legislaciones sectoriales que surgen en el siglo XIX<sup>54</sup>.*

En cuanto al objeto, las concesiones de obra pública suponen la construcción por parte del adjudicatario de la obra determinada en el contrato, la cual será posteriormente gestionada por el mismo, con el fin de rentabilizar así su inversión, lo cual desemboca en el tercer rasgo característico de estos contratos, los largos períodos de duración. Estos períodos, introducidos y determinados por la Ley de Contratos del Sector Público, deben su extensión a la necesidad del contratista de amortizar su inversión inicial, ya que el contrato de concesión de obra pública no deja de ser un contrato oneroso en cuanto a su naturaleza.

El nacimiento de estos proyectos de concesión de obra pública, deviene de un previo estudio de viabilidad, el cual se lleva a cabo con anterioridad a la realización del proyecto y de la posterior fase de adjudicación del contrato. La razón de ser de estos denominados estudios de viabilidad se concreta en la complejidad que suele acompañar tanto a la financiación como a las especificidades técnicas que engloban estos contratos de obra pública.

Los estudios de viabilidad son llevados a cabo por la propia Administración Pública, sin perjuicio del hecho de que la misma ha querido dejar un hueco a la iniciativa privada en este ámbito, cuestión sobre la que no incidiremos mucho más. Esta posibilidad permite que sea un particular, cualquiera que sea su condición, el cual lleve a cabo la realización de un estudio de viabilidad, asumiendo así él mismo la iniciativa de llevar a cabo la ejecución o explotación de una obra pública determinada, sin ser necesario que la Administración haya llevado a cabo proceso de contratación alguno.

---

<sup>54</sup> Exposición de motivos, Ley 13/2003, de 23 de mayo, reguladora del contrato de concesión de obras públicas.

Una vez realizado el estudio de viabilidad, se deberá llevar a cabo un anteproyecto o proyecto técnico, para posteriormente dar paso a los pliegos del contrato. Los pliegos de cláusulas particulares dentro de los contratos administrativos de concesión suponen la batuta a seguir a la hora de llevar a cabo la ejecución del contrato. Parece fuera del ámbito de este trabajo centrarnos en detallar estos requisitos formales de la contratación incluidos en la Ley de Contratos del Sector Público.

Junto con el proyecto técnico, otro de los documentos más significativos de los contratos es aquel que incluye el pliego de cláusulas particulares. Los pliegos de cláusulas administrativas particulares son la piedra angular de los contratos de concesión, donde se detallarán los derechos y obligaciones de las partes del contrato, y que deberán ser aprobados por el órgano de contratación.

Al margen de lo anteriormente comentado, debemos tener en cuenta el cumplimiento de aquellos contratos de concesión de obra pública, y las funciones que las engloba las diferentes fases del cumplimiento.

Como podemos deducir de lo comentado hasta ahora, las dos fases de cumplimiento diferenciadas en el contrato son, por un lado, la ejecución de la obra, y por otro lado, la explotación de la misma.

En cuanto a la ejecución de la obra por parte del adjudicatario de la misma, y tal y como establece la propia ley de contratos del sector público, la misma debe realizarse a riesgo y ventura del adjudicatario<sup>55</sup>. Esta condición, supone que el adjudicatario del contrato asumirá cualquier sobrecoste que pueda surgir durante la ejecución de la obra, sin perjuicio de los casos de fuerza mayor incluidos también en el texto refundido. Así, tendrán la consideración de fuerza mayor,

Solo en estos casos, la empresa adjudicataria tendrá derecho a percibir una indemnización por los daños y perjuicios causados y ocasionados como consecuencia de estas situaciones.

---

<sup>55</sup> **Artículo 242 Principio de riesgo y ventura en la ejecución de las obras:** 1. Las obras se ejecutarán a riesgo y ventura del concesionario, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 215 y 231, salvo para aquella parte de la obra que pudiera ser ejecutada por cuenta de la Administración, según lo previsto en el artículo 240.2, en cuyo caso regirá el régimen general previsto para el contrato de obras.

Igualmente, el adjudicatario tendrá la obligación de “explotar la obra pública, asumiendo el riesgo económico de su gestión con la continuidad y en los términos establecidos en el contrato u ordenados posteriormente por el órgano de contratación”<sup>56</sup>, y consecuentemente el derecho a “percibir de los usuarios o de la Administración una retribución por la utilización de la obra en la forma prevista en el pliego de cláusulas administrativas particulares”<sup>57</sup>.

A modo de ejemplo, y para poder observar de manera más profunda estos contratos, es conveniente comentar alguna de las cláusulas detalladas en el pliego de cláusulas administrativas particulares del contrato para la redacción del proyecto, construcción y explotación del Hospital del Tajo.

En referencia a la retribución y pago a la empresa concesionaria, los pagos recibidos por la misma serán en concepto de lo anteriormente estudiado en relación con las prestaciones de estos contratos, así, “la retribución de la Sociedad Concesionaria estará integrada por los conceptos siguientes: las cantidades a pagar por la Administración en contraprestación a la explotación de la obra pública y los rendimientos procedentes de la explotación de la zona comercial”<sup>58</sup>.

Otro de los puntos esenciales de estos contratos era su largo período de duración, tal y como vemos en el Hospital del Tajo donde el contrato se formaliza por un período de treinta años, sin perjuicio de posteriores prorrogas o que sobrevenga alguna circunstancia de finalización del mismo. En este sentido, recordar que, como ya comentábamos con anterioridad, “la ejecución del contrato en todas sus fases se desarrollará a riesgo y ventura de la Sociedad Concesionaria”<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup> Op cit., nota 35.

<sup>57</sup> Idem.

<sup>58</sup> Pliego de cláusulas administrativas particulares del contrato para la redacción del proyecto, construcción y explotación del Hospital del Tajo.

<sup>59</sup> Idem.

Otro de los puntos a destacar dentro de los Pliegos del Hospital del Tajo es el control impuesto por el órgano de contratación al que deberá la empresa concesionaria. De esta obligación se desprende que la empresa concesionaria “estará obligada a presentar a la Administración una auditoria operativa del funcionamiento de los servicios en las cuales se evalúe el cumplimiento de las obligaciones asumidas en relación con el objeto de este contrato”<sup>60</sup>. Del mismo modo, “se establecerá por la Sociedad Concesionaria un procedimiento que asegure la información mensual sobre el desarrollo operativo de los servicios que integran la explotación de la obra pública”<sup>61</sup>. Finalmente,

*se realizarán informes trimestrales de supervisión del grado de ejecución de los servicios y cumplimiento de los estándares de disponibilidad y calidad (...) y, la Administración Sanitaria creará a tal efecto una unidad técnica de control (UTC), con el fin de asegurar un correcto y continuo funcionamiento*<sup>62</sup>.

En resumen, y en contraposición de lo comentado anteriormente acerca del control de estos contratos, muchas veces el mismo es ineficaz o incluso inexistente ya que, en la realidad estos controles no se llevan a cabo en la forma dispuesta en los pliegos de cláusulas particulares, como ya veremos más adelante en la Auditoria realizada al Departamento de Salud de Manises, perteneciente al “Modelo Alzira”.

### ***5.2.3 El contrato de colaboración público privada en la Ley de Contratos del Sector Público***

El repaso que estamos realizando acerca de las diferentes formas de colaboración público privada incluidas en la Ley de Contratos del Sector Público hace necesario incluir, aunque quizás más brevemente al contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado. Esta figura contractual, de novedosa aparición en nuestro Derecho positivo, debe su inclusión en el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público a la normativa comunitaria.

El Acuerdo del Consejo de Ministros, de 25 de febrero de 2005 introducía así esta figura contractual

---

<sup>60</sup> Op cit., nota 58.

<sup>61</sup> Idem

<sup>62</sup> Idem



*El Ministerio de Economía y Hacienda incorporará en el anteproyecto de Ley de Contratos del Sector Público por el que se transpondrá la Directiva 2004/18/CE, además de las normas necesarias para la completa y correcta transposición de la directiva al derecho interno, una regulación de los contratos de colaboración entre el sector público y el privado, para el cumplimiento de obligaciones de servicio público, así como los mecanismos legales adecuados que permitan identificar la proposición más ventajosa presentada por los licitadores a fin de garantizar la obtención del mayor valor posible como contrapartida a los recursos financieros aplicados al contrato<sup>63</sup>.*

Así fue como esta modalidad contractual pasó a formar parte del texto de la ya derogada Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.

En nuestra actual legislación, más concretamente, en nuestra actual ley de Contratos del Sector Público, el legislador ha dedicado varios artículos para dar cabida a esta nueva fórmula de contratación.

Concretamente, es el artículo 11 de la ya mencionada ley el que introduce esta figura,

*Son contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado aquellos en que una Administración Pública o una Entidad pública empresarial u organismo similar de las Comunidades Autónomas encarga a una entidad de derecho privado, por un período determinado en función de la duración de la amortización de las inversiones o de las fórmulas de financiación que se prevean, la realización de una actuación global e integrada que, además de la financiación de inversiones inmateriales, de obras o de suministros necesarios para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con actuaciones de interés general, comprenda alguna de las siguientes prestaciones:*

- a) La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, su explotación o su gestión.*
- b) La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.*
- c) La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado.*

---

<sup>63</sup> Acuerdo del Consejo de Ministros de 25 de febrero de 2005.

*d) Otras prestaciones de servicios ligadas al desarrollo por la Administración del servicio público o actuación de interés general que le haya sido encomendado<sup>64</sup>.*

Tras la determinación del ámbito objetivo del contrato, el mismo precepto establece una limitación en cuanto al uso de esta modalidad contractual por parte del respectivo órgano de contratación. De este modo, y según se detalla en el apartado 2 del artículo 11, el uso de los contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado debe estar previamente justificado en el sentido de que ninguna otra fórmula de contratación pudiese dar satisfacción a las respectivas necesidades públicas. Es por ello que, antes de llevar a cabo el expediente administrativo de contratación de estos contratos, la Administración contratante deberá elaborar un documento de evaluación. De manera más se regula en el artículo 134.

*Con carácter previo a la iniciación de un expediente de contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado, la Administración o entidad contratante deberá elaborar un documento de evaluación en que se ponga de manifiesto que, habida cuenta de la complejidad del contrato, no se encuentra en condiciones de definir, con carácter previo a la licitación, los medios técnicos necesarios para alcanzar los objetivos proyectados o de establecer los mecanismos jurídicos y financieros para llevar a cabo el contrato, y se efectúe un análisis comparativo con formas alternativas de contratación que justifiquen en términos de obtención de mayor valor por precio, de coste global, de eficacia o de imputación de riesgos, los motivos de carácter jurídico, económico, administrativo y financiero que recomienden la adopción de esta fórmula de contratación<sup>65</sup>.*

Aunque dicha justificación pueda ser entendida como una limitación al uso de estos contratos, atendiendo a las diferentes prestaciones que pueden ser objeto de esta modalidad contractual, podemos observar que nos encontramos ante una figura de gran amplitud, donde podrían tener cabida la gran mayoría de los contratos llevados a cabo por la Administración Pública. Al margen de esta consideración, podríamos incluso aventurar que estamos ante una realidad contractual que se asemeja, en gran medida, a la ya estudiada concesión de obra pública.

---

<sup>64</sup> Op cit., nota 35.

<sup>65</sup> Idem.

Sin embargo, podemos destacar ciertas diferencias entre estas dos figuras. En primer lugar, haremos referencia a la duración de ambos contratos. Si bien nos encontramos ante dos modalidades cuyos plazos de duración son bastante amplios, la concesión administrativa podrá contar con un plazo máximo de hasta 40 años, mientras la figura del contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado se limitará en el tiempo a un lapso de tiempo de 20 años.

Cabe destacar también el aspecto referido a la remuneración del contrato. Como ya adelantábamos en el apartado de este trabajo referente a los contratos de concesión de obra pública, los mismos serían retribuidos bien por un canon abonado por los usuarios, pudiendo sumarse a este montante un importe abonado directamente por la propia Administración. Al contrario, tal y como se desprende del artículo 11.4 de la Ley de Contratos del Sector Público, la remuneración de los contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado consistirá “en un precio que se satisfará durante toda la duración del contrato, y que podrá estar vinculado al cumplimiento de determinados objetivos de rendimiento”<sup>66</sup>.

Por último, y a modo de definir un poco más estos contratos, no podemos olvidar una cuestión determinante en estos contratos como es el reparto de riesgos. Si bien en la concesión de obra pública, la ejecución de la misma se realiza a riesgo y ventura del contratista, en el caso de la modalidad contractual que aquí nos ocupa nos encontramos ante un verdadero reparto de riesgos entre la Administración y el contratista.

La gran novedad que caracteriza estos contratos es la estructura del reparto de los riesgos que se lleva a cabo entre la Administración Pública y el sujeto privado. Nos centraremos en este aspecto en tres tipos de riesgos, por un lado, el riesgo de construcción seguido de los riesgos de disponibilidad y demanda.

En relación con el riesgo de construcción,

*para considerar que el socio privado asume la mayor parte del riesgo de construcción este deberá soportar las consecuencias económicas derivadas de los retrasos en la entrega, o de*

---

<sup>66</sup> Op cit., nota 35.

*cuando esta no se ajuste a las normas especificadas, de los incrementos de coste con relación a los inicialmente previstos y los derivados de efectos exteriores*<sup>67</sup>.

En resumen, en palabras de la Oficina Europea de Estadística,

*Eurostat recommends that the assets involved in a public-private partnership should be classified as nongovernment assets, and therefore recorded off balance sheet for government, if both of the following conditions are met: 1. the private partner bears the construction risk, and 2. the private partner bears at least one of either availability or demand risk*<sup>68</sup>.

En virtud del riesgo de disponibilidad,

*este se refiere a las situaciones en las que el socio privado no está en condiciones de prestar los servicios establecidos en el contrato. Si se reducen significativamente, y de forma automática, los pagos que debe realizar la Administración (de tal modo que la minoración tenga un efecto importante sobre los ingresos y beneficios del socio, y no un carácter simbólico), se entenderá transferido el riesgo de disponibilidad*<sup>69</sup>.

El último de los riesgos al que haremos referencia será al riesgo de demanda, el cual

*se refiere a los efectos que produce sobre el contrato la variación en la demanda de los servicios cuando esta acontece, con independencia de la gestión del socio privado, por razón del ciclo económico, por competencia de otras empresas o por razones tecnológicas, u otras externas*<sup>70</sup>.

Si en esta situación “la Administración está obligada a garantizar un nivel determinado de pagos al socio privado independientemente de la demanda real, podrá afirmarse que el riesgo de demanda lo asume la Administración”<sup>71</sup>.

Una vez han sido introducidas las notas esenciales de esta “nueva” modalidad contractual no nos detendremos mucho más en este apartado, ya que el contrato de colaboración entre

---

<sup>67</sup> Peña Ochoa, A., El nuevo contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado en la ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público, Revista Aragonesa de Administración Pública, Número Extraordinario 10, 2008, pg. 104.

<sup>68</sup> New decision of Eurostat on deficit and debt treatment of public – private partnerships, Eurostat New Release, February 2004. Disponible en: [europa.eu/rapid/press-release\\_STAT-04-18\\_en.pdf](http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-04-18_en.pdf).

<sup>69</sup> Op cit., nota 67, p. 105.

<sup>70</sup> Idem.

<sup>71</sup> Idem.

el sector público y el sector privado no ha tenido hasta hoy en día aplicación práctica en el sector sanitario español. Aunque nació como una modalidad contractual muy ambiciosa que pretendía dar cabida a la puesta en marcha de grandes infraestructuras y proyectos, lo cierto es que su escasa aplicación práctica desembocará sin lugar a dudas en su desaparición, tal y como se desprende del Proyecto de Ley de Contratos del Sector público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europea y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

En la exposición de motivos del recién mencionado Proyecto de Ley, de fecha de 2 de diciembre de 2016, se introduce la desaparición de esta modalidad contractual. Así, en relación con las diferentes modalidades contractuales que acompañarán al texto, “las principales novedades en este ámbito se han introducido en la regulación del contrato de concesión, en el contrato mixto y en el contrato de colaboración público privada, que como se verá más adelante, se suprime”<sup>72</sup>. Las razones de su desaparición, quedan recogidas de igual forma en la exposición de motivos, en la cual se recoge que

*Se suprime la figura del contrato de colaboración público privada, como consecuencia de la escasa utilidad de esta figura en la práctica. La experiencia ha demostrado que el objeto de este contrato se puede realizar a través de otras modalidades contractuales, como es, fundamentalmente, el contrato de concesión*<sup>73</sup>.

### **5.3 La CPP Institucional: La creación por las Administraciones de entes instrumentales para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias.**

Este apartado está destinado a analizar la última de las modalidades de colaboración entre el sector público y el sector privado a la hora de llevar a cabo la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias. Esta modalidad, lejos de las mencionadas hasta ahora, no se materializa en un contrato entre la administración y el sujeto privado, sino que nos

---

<sup>72</sup> Proyecto de ley de contratos del Sector Público, por el que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (Disponible en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, de 2 de diciembre de 2016) p.17.

<sup>73</sup> Idem, p.19.

encontramos ante la creación de un ente instrumental por parte de la Administración que quiera llevar a cabo la construcción o gestión de un centro sanitario.

El Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud, introduce diferentes fórmulas de gestión sanitaria en desarrollo de la anteriormente citada Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. De este modo, el Real Decreto de forma introductoria aboga por formas de gestión tales como las fundaciones públicas sanitarias, los consorcios o las sociedades estatales. Así quedó recogido en su artículo 3, que recoge expresamente estas formas de gestión.

*La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, podrá llevarse a cabo a través de fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, consorcios, sociedades estatales y fundaciones públicas sanitarias, así como mediante la constitución de cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público<sup>74</sup>.*

El Real Decreto se encarga de llevar a cabo una regulación detallada de estas modalidades de gestión, que, tal y como se recoge en el mismo estarán siempre inspiradas en los principios de eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción de los ciudadanos.

Nuestro objetivo es centrarnos en aquellos entes instrumentales de economía mixta, es decir, aquellos cuyo capital social está en manos tanto de la Administración Pública como de diferentes actores privados. Esta modalidad de colaboración entre el sector público y privado para llevar a cabo la prestación de determinados servicios públicos fue ampliamente detallada en el Libro Verde Sobre la Colaboración Privada y el Derecho Comunitario en Materia de contratación pública y concesiones. Este texto, publicado por la Comisión de la Unión Europea distinguía entre la colaboración público privada puramente contractual y la colaboración público privada institucionalizada, donde entrarían a formar parte las sociedades de economía mixta.

---

<sup>74</sup> Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud

Con arreglo a lo dispuesto en el Libro Verde

*las operaciones de CPP de tipo puramente institucionalizado implican la creación de una entidad en la que participan, de manera conjunta, el socio público y el privado (...) La cooperación directa entre los socios público y privado en una entidad con personalidad jurídica permite que el socio público conserve un nivel de control relativamente elevado sobre el desarrollo de las operaciones*<sup>75</sup>.

Así, en el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público se dio cabida a este tipo de colaboración, y así quedó recogido en su Disposición Adicional Vigésimo Novena que introduce las fórmulas de colaboración entre el sector público y el sector privado, “los contratos públicos y concesiones podrán adjudicarse directamente a una sociedad de economía mixta en la que concurra capital público y privado”<sup>76</sup>.

De la misma manera se introdujo de manera expresa en el artículo 277, apartado d) de la misma ley, donde el legislador recogió expresamente a las sociedades de economía mixta como modalidades de contratación de la gestión de los servicios públicos. Frente a esta delimitación exhaustiva de las sociedades de economía mixta como fórmula de articulación de la colaboración público privada llevada a cabo por el legislador, a nadie escapa, una vez revisada la propia ley, el silencio de la misma acerca de cómo debe articularse o llevarse a la práctica esta modalidad de gestión.

En este sentido, han sido varios los autores que se han aventurado a introducir las pautas a seguir en estos procesos de contratación. Así, María Belén Noguera de la Muela, como miembro del Observatorio de Contratación Pública conviene que son dos las opciones a seguir,

*una, consistente en una doble licitación, de manera que se da un primer procedimiento para la selección del socio, y después otro procedimiento para la adjudicación del contrato. La segunda opción, supone una única licitación que tiene un doble objeto: la selección del socio privado para formar la entidad mixta y, además, la adjudicación del contrato a esa entidad participada por socio privado y público*<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> Op cit., nota 31, p. 9,19.

<sup>76</sup> Op cit., nota 35.

<sup>77</sup> Noguera de la Muela, B., “Las sociedades de economía mixta como técnica institucional de colaboración pública-privada en el Texto Refundido de la Ley de contratos del Sector Público”, Observatorio de Contratación Pública, Abril, 2012. ( Disponible en

Partiendo de esta situación y dentro de este abanico de posibilidades de articular la participación público privada institucionalizada, podríamos entender que cuando la Ley de Contratos del Sector Público ha introducido, de manera expresa que “los contratos públicos y concesiones podrán adjudicarse directamente a una sociedad de economía mixta”<sup>78</sup>, aboga de esta manera por la licitación única, posicionándose en la línea jurisprudencial del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. En este sentido, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en su Sentencia de 15 de octubre de 2009, caso *Acoset Spa*, en relación a una adjudicación del servicio de aguas a una empresa de economía mixta en Sicilia, fundamentaba su apoyo a la licitación única en esta modalidad de gestión pública, argumentando que

*recurrir a una doble licitación casa mal con el ahorro de trámites que inspira las colaboraciones público-privadas institucionalizadas, cuya creación reúne en el mismo expediente la selección del socio económico privado y la adjudicación de la concesión a la entidad de capital mixto que debe constituirse únicamente a estos efectos.*

## **6. EL CONTROL DE LOS CONTRATOS EN LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA DE LA GESTIÓN SANITARIA**

La realidad existente acerca del control de estas modalidades de colaboración entre el sector público y el sector privado, nos atisba un panorama de control si no inexistente, altamente insuficiente e ineficiente. Nos ha sido altamente difícil contar con auditorias de dichos modelos o informes de seguimiento que nos ilustrasen realmente la eficacia de estos modelos de gestión.

Como hemos podido observar de la documentación recopilada a lo largo de este trabajo, uno de los aspectos a los que se debe hacer frente y mejorar por parte del Sector Público es el control de estas modalidades de contratación, a través del cual podremos ver si nos encontramos realmente ante modelos eficaces en la gestión. Al margen de estas

---

<http://www.obcp.es/index.php/mod.opiniones/mem.detalle/id.50/recategoria.121/reلمenu.3/chk.d38367a4231a7ec12e8af66e915269cl>; última consulta 17/03/2017)

<sup>78</sup> Op cit., nota 35.



consideraciones, el control de las concesiones articuladas por la Administración Pública permitiría en la mayoría de los casos prevenir casos de fraude o corrupción como los acontecidos en los últimos años.

Partimos del hecho de la existencia de controles de ámbitos diferenciados, haciendo referencia, por un lado, a aquel que se articula a través del control financiero permanente que ostenta la Intervención General de la Administración del Estado. La inobservancia por parte del sector público de estos contratos, quizás no tanto en su preparación o adjudicación, sino en su fase de ejecución ha supuesto la crítica de muchos autores que apuestan por nuevas alternativas que permitan, no solo un control interno sino también un control externo que tenga presente los principios de eficacia, eficiencia y economía, lo que es conocido como “el concepto de las 3 E”<sup>79</sup>.

Quizá sería interesante el hecho de poder incluir bien en la Ley General Presupuestaria, o bien en el propio texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público una auditoría específica para este tipo de contratos. Este tipo de auditoría, incluida en el propio texto legislativo quedaría recogida en el pliego de cláusulas particulares del contrato en cuestión, donde se haría necesario incluir una serie de indicadores o medidores que deberían tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo dicha auditoría. El resultado obtenido a la luz de las mismas nos podría vislumbrar si dicha externalización de servicios está siendo eficiente o no para la Administración Pública. Aun así, no podemos basar el control de estos contratos únicamente en un control financiero o de eficiencia y eficacia, sino que habrá que tener en cuenta otras dimensiones.

Debemos recordar, que tal y como planteábamos al inicio de este trabajo, nos encontramos fundamentalmente ante decisiones políticas. La decisión de una determinada administración de llevar a cabo la externalización de un determinado servicio no es más que una consecuencia de la potestad competencial que le ha sido otorgada, y de la iniciativa tomada por sus dirigentes o representantes políticos. Por lo tanto, la tesis de limitar esa capacidad u oportunidad basada en la legitimidad política iría en contra de los propios principios democráticos.

---

<sup>79</sup> Garcés Sanagustín M., “El control de los contratos en la colaboración público privada”, Secretaria General de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales, 2006.

Más allá de consideraciones meramente económicas o de eficacia en relación con el gasto público, los servicios que suelen ser objeto de estas colaboraciones entre el sector público y el sector privado hacen necesaria la creación de un código de conducta o de buenas prácticas enfocado a la gestión por parte de las empresas adjudicatarios de estos contratos. Lejos de medir si estos contratos serían o no eficientes o eficaces en relación con el gasto público, sería acertado conocer en muchos casos el grado de cumplimiento o de satisfacción de los usuarios, a través de medidas de transparencia o de buen gobierno incluidas en esos códigos de conducta.

Una de las novedades introducidas en relación con el control de estos contratos es la nueva Oficina Nacional de Evaluación, que garantizará la eficiencia y sostenibilidad de las inversiones públicas del Estado, corporaciones locales y comunidades autónomas. Así, en la nota de prensa emitida por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, con fecha de 20 de junio de 2016, se publica el proyecto de Orden del Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas por el que se regulará la composición, organización y funcionamiento de la Oficina Nacional de Evaluación. Del texto de la misma se observa que, como consecuencia de los múltiples proyectos de colaboración público privada llevados a cabo en diferentes ámbitos, incluida la sanidad, la Oficina Nacional de Evaluación,

*analizará la sostenibilidad financiera de contratos de concesiones de obras y de servicios públicos, tanto del Estado como de Corporaciones Locales, así como de aquellas Comunidades Autónomas que decidan adherirse a la misma, mediante la emisión de informes preceptivos previos a la aprobación de los proyectos que sirvan de base a los procedimientos de licitación<sup>80</sup>.*

A modo ilustrativo de este apartado, y debido a que la Generalitat Valenciana ha anunciado la reversión de la externalización del primer hospital incluido en el Modelo Alzira, podemos analizar la auditoría realizada a este modelo por parte de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana. Este organismo “es una Institución estatutaria independiente (...) que se encarga principalmente de fiscalizar las cuentas de la

---

<sup>80</sup> Nota de prensa Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Proyecto de Orden Ministerial por el que se regulará la composición, organización y funcionamiento de la Oficina Nacional de Evaluación.

Generalitat Valenciana, de los organismos dependientes y de las corporaciones locales valencianas”<sup>81</sup>.

Dicha auditoria, enfocada para los años 2005 a 2009 incorpora tres magnitudes principales a la hora de llevar a cabo el análisis del modelo. Por un lado, los principios de economía, eficacia y eficiencia en la gestión, lo que anteriormente definíamos como “el concepto de las 3 E”, otra magnitud relacionada con el control de la prestación por parte de la Administración, y finalmente, el precio del contrato. En relación con el primer punto relativo a la eficacia, eficiencia y economía la auditoria se enfoca en un análisis comparativo entre el departamento de salud de Manises<sup>82</sup> y un departamento con un hospital comarcal gestionado de manera directa por la Administración.

Referente al control por parte de la Administración, y en virtud de la La Ley 2/2015, de 2 de abril, de la Generalitat, de Transparencia, Buen Gobierno y Participación Ciudadana de la Comunidad Valenciana, se creó una Comisión Mixta de Seguimiento. Tal y como se desprende de la auditoria, este control ha sido ineficaz e insuficiente ya que no se ha cumplido con la periodicidad mínima de la reunión que se había establecido.

De esta Auditoría realizada se desprende la importancia que reviste el control en esta modalidad de contratos de concesión, más aún cuando lo que se está externalizando es un servicio tan sensible para la sociedad como es la sanidad pública.

Para la Sindicatura de Comptes, como organismo encargado de elaborar el informe de auditoría, el control de las concesiones sanitarias es algo fundamental en lo que se debe poner mucho más énfasis ya que supone un ámbito olvidado en estos procesos de externalización. Considera que este control debe ser una obligación para la Administración y que es necesaria la elaboración de una serie de indicadores o niveles de calidad que permitan a la Administración llevar a cabo un seguimiento del cumplimiento de estos contratos. En conclusión, tal y como se extrae del propio texto de la sindicatura,

---

<sup>81</sup> Página web oficial del organismo de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana (<http://www.sindicom.gva.es/web/wdweb.nsf/documento/presentacion>).

<sup>82</sup> El Departamento de Salud de Manises cubre la demanda sanitaria de 195.000 personas procedentes de los 14 municipios adscritos a su departamento: Manises, Buñol, Alborache, Macastre, Yàtova, Cheste, Chiva, Quart de Poblet, Godelleta, Turís, Loriguilla, Ribarroja, Aldaia y Mislata. El Hospital de Manises está gestionado bajo el modelo de concesión administrativa.

“por parte de la Administración, constituye una obligación por parte de esta la inclusión de determinadas disposiciones que garanticen la vigilancia, evaluación y control periódico del desarrollo y ejecución del servicio externalizado”<sup>83</sup>.

## 7. CONCLUSIONES

Del análisis efectuado a lo largo de este trabajo podemos extraer una serie de conclusiones que desarrollaremos a continuación.

En primer lugar, y como ya adelantábamos al principio una de las conclusiones es la gran presencia que están teniendo estas técnicas de colaboración entre el sector público y el sector privado, lo cual las ha colocado como un tema de candente actualidad que ha desembocado en el cuestionamiento general de esta modalidad de gestión. La creciente evolución del uso de estas técnicas es debido a la crisis económica que ha dado como resultado una restricción presupuestaria y un continuo crecimiento del déficit público. Aún con todo, debemos tener presente que un sector como es el sanitario no debería sufrir las consecuencias de estas situaciones económicas, lo cual supondría un estancamiento en las infraestructuras y la gestión sanitarias en un momento en el cual el crecimiento de la esperanza de vida y las demandas cada vez más exigentes por parte de la sociedad hacen que el sector sanitario deba ser cada día más eficiente. Es por ello que las técnicas de participación público privadas dan respuesta a esta situación de endeudamiento público, ya que permiten llevar a cabo las infraestructuras sanitarias necesarias sin que las mismas alteren el presupuesto público, lo cual ha desencadenado una serie de concesiones que han hecho posible la construcción de varios hospitales durante la época de crisis económica en nuestro país. Para introducir la siguiente consecuencia debemos plantearnos una cuestión relacionada en cierto sentido con la actual, ya que la proliferación de estas modalidades de participación ha generado la cuestión referente a si estos modelos son realmente eficaces.

En este sentido, la segunda conclusión que hemos podido extraer en referencia a la eficacia de estos modelos se encuentra íntimamente relacionada con el control, ya que no

---

<sup>83</sup> Auditoria operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el departamento de salud de Manises, Ejercicios 2009-2015. (Disponible en <http://www.riberasalud.com/wp-content/uploads/2017/01/23-01-DOS-MANISES.pdf>; última visita 01/04/2017).

dejan de ser eslabones pertenecientes a la misma cadena. Para poder llegar a una conclusión nítida acerca de la eficacia de estos modelos debemos analizar una serie de datos relacionados con el coste, así como la calidad o las prestaciones llevadas a cabo en los hospitales gestionados bajo estas formas de gestión público privadas. Esta tarea ha sido complicada ya que para obtener estos datos es necesario que exista un control que englobe a los contratos que dan forma a esta modalidad de gestión. Si existiese un control bien estructurado y realmente ejecutado tanto por parte de la Administración como por parte de las empresas concesionarias podríamos realmente vislumbrar si esta participación del sector privado en la gestión de la sanidad pública supone un modelo eficiente de gestión. Es por ello que calificamos a ambas realidades como eslabones de una misma cadena, porque uno no se articula sin el otro.

Por lo tanto, podíamos decir que esta segunda conclusión se estructura en sí misma en dos apartados bien diferenciados, donde por un lado se hace referencia a la eficacia de estas formas de gestión, y por otra, al control de las mismas.

Aunque con los datos que hemos podido observar no podemos llegar a una conclusión absoluta acerca de estos modelos, si podemos atisbar un alto grado de eficacia en el modelo que si ha sido en parte controlado y estudiado que es el Modelo Alzira.

De hecho, no podemos dejar de lado la idea de que los buenos resultados que ha obtenido este modelo ha sido una de las causas de la extensión del uso del mismo.

Retomando la idea de eficacia que rodea a estos modelos, podemos concluir, de los datos extraídos de la única auditoría realizada hasta ahora a este modelo de gestión, citada anteriormente en este trabajo, que la gestión indirecta de los servicios sanitarios resulta eficaz económicamente para la Administración Pública, y satisfactoria a su vez para los usuarios del sistema de salud. Somos conscientes de que estamos extrayendo conclusiones de un caso determinado, lo cual queda lejos de poder establecer una conclusión general acerca del hecho de externalizar los servicios sanitarios y de poder dilucidar si sería más conveniente una racionalización de los recursos por parte de la Administración o atender a estas técnicas de gestión indirecta. Podríamos incluso determinar que el error principal a la hora de llevar a cabo la gestión sanitaria sería colocar a un modelo de gestión por encima del otro. Estudiar qué modelo sería más conveniente dependiendo siempre del caso concreto sería lo más acertado, por lo que no podemos

determinar que un modelo sea mejor que otro, ya que eso dependerá siempre de la situación en cuestión y del estudio del caso, siendo los dos modelos igualmente válidos.

Finalmente, no es una cuestión baladí el hecho de que en lo referente al control de los contratos que articulan estas modalidades de colaboración aún queda mucho camino por recorrer. Echamos en falta controles uniformes que revistan de garantías efectivas a las diferentes modalidades que dan forma a estas modalidades de colaboración entre el sector público y privado. Los numerosos casos de corrupción y el fracaso de un gran número de concesiones que han revertido a la Administración Pública han colocado a esta cuestión en primera línea de la política actual. Es cierto que se han introducido novedades en este ámbito como las funciones de control atribuidas a la Oficina Nacional de Evaluación, que garantizará la eficiencia y sostenibilidad de las inversiones públicas del Estado, pero con esto no podemos concluir que exista un control efectivo. Por lo tanto, abogamos por la creación de controles específicos para esta colaboración entre el sector público y el sector privado que nos permita realmente observar si estas modalidades de gestión son o no en cada caso eficientes, y alejar de estos contratos la idea de corrupción, fraude o privatización que encabezan la opinión pública actual.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo del Consejo de Ministros de 25 de febrero de 2005.
- ALLARD G. Y TRABANT A., “La 3ª vía en la frontera entre público y privado”, *Cátedra económico financiera del centro PwC & IE del sector público*, p. 11. (disponible en <https://www.pwc.es/en/crecimiento-inteligente/assets/tercera-via.pdf>; última consulta 8/03/2017)
- Auditoria operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el departamento de salud de Manises, Ejercicios 2009-2015.
- BASTIDAS, E., “Diagnóstico y tratamiento para el hospital de la Ribera”, *El Mundo*, 22 de enero de 2017.
- BLANQUER CRIADO D., “El concepto de concesión de servicio público”, en Blanquer Criado D., *Los Contratos del Sector Público*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013. (895-965).
- COLLADO MARTÍNEZ R.M., “El contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado”, *Revista Española de la Función Consultiva*, núm. 8, Julio - Diciembre 2007. (191-213).
- Cortes Generales, *Comparecencias en relación con el proyecto de Ley de contratos del sector público*. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Año 2007 VIII Legislatura Núm. 756. Sesión núm. 31 (20 de febrero de 2007).
- DE ROSA TORNER, A., “Impulsando una sanidad de futuro”, *El Mundo*, 28 de marzo de 2017.
- DE ROSA TORNER, A., “Las nuevas fórmulas de gestión en la sanidad pública: el modelo Alzira”, en AAVV, *Las nuevas formas de gestión sanitaria “Modelo Alzira”*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 2007.

- GARCÉS SANAGUSTÍN M., “El control de los contratos en la colaboración público privada”, Secretaria General de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales, 2006.
- Guía sobre el Modelo Concesional, Ribera Salud, (disponible en <http://riberasalud.com/wp-content/uploads/2015/11/Gu%C3%ADa-Modelo-Alzira-2015.pdf>; última consulta 3/04/2017).
- LARIOS RISCO D., LOMAS HERNÁNDEZ V., “Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias”, DS vol. 15, n. 2, Julio - Diciembre 2007.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 13/2003, de 23 de mayo, reguladora del contrato de concesión de obras públicas.
- Ley 3/2011, de 14 de noviembre, de Contratos del Sector Público.
- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.
- Libro Verde sobre la colaboración público privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones presentado por la Comisión, Bruselas, 30 de abril de 2004.
- LÓPEZ SALUDAS, J.M., “Gestión privada de los servicios sanitarios públicos: los modelos Alzira y Madrid”, Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales, nº90, Septiembre – Diciembre, 2013.



- MALDONADO MOLINA, J.A., “El modelo legal de sanidad pública” en Monereo Pérez, J.L, *Comentario practico a la legislación reguladora de la sanidad en España*, Comares, Granada, 2007. (99-475)
- New decisión of Eurostat on déficit and debt treatment of public – private partnerships, Eurostat New Release, February 2004. Disponible en: [europa.eu/rapid/press-release\\_STAT-04-18\\_en.pdf](http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-04-18_en.pdf).
- NOGUERA DE LA MUELA, B., “Las sociedades de economía mixta como técnica institucional de colaboración pública-privada en el Texto Refundido de la Ley de contratos del Sector Público”, Observatorio de Contratación Pública, Abril, 2012.
- Nota de prensa Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Proyecto de Orden Ministerial por el que se regulará la composición, organización y funcionamiento de la Oficina Nacional de Evaluación.
- Página web oficial del organismo de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana (<http://www.sindicom.gva.es/web/wdweb.nsf/documento/presentacion>).
- PEÑA OCHOA, A., El nuevo contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado en la ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público, Revista Aragonesa de Administración Pública, Número Extraordinario 10, 2008.
- Pliego de cláusulas administrativas particulares del contrato para la redacción del proyecto, construcción y explotación del Hospital del Tajo.
- Proyecto de ley de contratos del Sector Público, por el que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (Disponible en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, de 2 de diciembre de 2016).

- Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud
- Resolución legislativa del Parlamento Europeo sobre la colaboración público-privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones, 2006/2043 INI.
- Sentencia del Tribunal Constitucional de 10 de febrero de 1994 37/1994. Disponible en el Boletín Oficial del Estado de 17 de marzo de 1994.
- Sentencia del Tribunal Constitucional de 30 de abril de 2005 84/2015.
- SUBIRATS J., “Si la respuesta es gobernanza, ¿cuál es la pregunta? Factores de cambio en la política y en las políticas”, *Ekonomiaz*, n. 74, 2010.
- Tratado de la Unión Europea de 7 de febrero de 1992 firmado en Maastricht.
- VEGA LABELLA, J.I., “Régimen jurídico de la construcción y explotación de obras públicas”, DAPP Publicaciones Jurídicas, Pamplona, 2012.
- VEGA LABELLA, J.I., “Una nueva gestión para el sector público sanitario”, *Cinco Días*, 13 de enero de 2017.
- VILLAR ROJAS, F.J., “La concesión administrativa de obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios”, *Revista de Administración Pública*, n. 172, Madrid, Enero/Abril 2007.
- VILLAR ROJAS F.J., “La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: las experiencias de Valencia y Madrid”, vol. 17, Congreso “Derecho y Salud”, Pamplona, 2008.

